

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ В СИСТЕМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

Антонова Наталья Леонидовна

доктор социологических наук, профессор

E-mail: n-tata@mail.ru

Клейменов Михаил Вячеславович

аспирант,

E-mail: k-mihaell@mail.ru

Уральский федеральный университет, Екатеринбург

THE MEDICAL WORKERS IN SYSTEM OF INTERACTION WITH A PATIENT: PROBLEMS AND CONTRADICTIONS

Natalia Antonova

Doctor of Science, Professor

Mikhail Kleymenov

Post-graduate student

Ural Federal University, Yekaterinburg

АННОТАЦИЯ – В статье на основе результатов социологического исследования, проведенного в селах Далматовского района Курганской области, рассматривается проблема взаимодействия медицинских работников и пациентов в ходе завершённой недавно модернизации российского здравоохранения. Показаны предпочтения медицинских работников и пациентов в выборе модели взаимодействия, критическое отношение медперсонала к модернизации российского здравоохранения, угроза коммерциализации медицинского обслуживания.

ABSTRACT – The article is based the results of sociological research conducted in the villages of the Dalmatovo district of the Kurgan region considers the problem of interaction of medical workers and patients during the recently completed modernization of the Russian healthcare. The paper are shown the preferences of medical workers and patients in a choice of interaction's model, the critical relation of medical personnel to modernization of the Russian healthcare, the threat of commercialization of medical service.

Ключевые слова: медицинские работники, модель взаимодействия, медицинское обслуживание, пациенты, село.

Key words: medical workers, interaction's model, medical service, patients, village.

Изучение российского села актуализировано на фоне активной глобализации урбанизированных стран, к которым относится и Россия. Немаловажным является и анализ состояния сельского здравоохранения. В условиях постоянной реструктуризации российского здравоохранения мерилом состояния медицинского обслуживания села становится отношение сельских жителей к медицинским работникам. Организация медицинского обслуживания на селе имеет уровневую структуру. Суть структуры заключается в том, что медицинская помощь, которая не может быть обеспечена на уровне сельского поселения, оказывается на районном и региональном уровнях. В небольших сельских поселениях функционируют фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), помощь в которых имеет профилактическую направленность и ее оказывает медперсонал со средним медицинским образованием. Для получения медицинского обслуживания, требующего внимания специалиста с высшим медицинским образованием, пациент обращается в центральные районные больницы (ЦРБ) или ее филиалы. На уровне субъекта РФ действуют региональные медицинские учреждения, в которых медпомощь оказывается сельским жителям, нуждающимся в диагностике, лечении, консультации.

Опираясь на результаты анкетного опроса сельских жителей Далматовского района

Курганской области в 2014 г. (n=200), можно утверждать, что проблема оказания медицинской помощи в сельских поселениях стоит наиболее остро, а базовым субъектом формирования взаимодействия являются медицинские работники. Мы провели интервью с медперсоналом Кривской врачебной амбулатории (филиала Далматовской ЦРБ). Всего было опрошено 6 человек: 2 врача, 2 фельдшера, 2 медицинские сестры; причем все респонденты - женщины в возрасте от 51 до 67 лет, имеющие стаж работы от 24 до 43 лет. Все опрошенные состоят на пенсионном обеспечении и получили базовое медицинское образование в советскую эпоху.

Медицинский персонал сельских поселений выступает инициатором становления и реализации моделей взаимодействия с пациентами. Выбирая патерналистскую модель взаимодействия, медицинские работники обращаются к вопросу доверия как главному фактору ее утверждения, достижения общих задач, направленных на получение результата – выздоровление пациента. Доверительные отношения – это социальные связи, которые строятся между акторами в процессе взаимодействия.

В ходе интервью мы выяснили, что доверие как фундамент эффективности взаимодействия зависит от уровня образования медперсонала и профессиональной квалификации. Так, врачи и фельдшеры рассматривают его как основу взаимодействия, по мнению медицинских сестер, деятельность которых связана, прежде всего, с механистическими действиями, важными показателями являются опыт работы и качество исполнения медицинских услуг. Медсестры являются исполнителями команд врачей, именно в силу специфики своих профессиональных функций, они отдают предпочтение опыту работы и качеству исполнения услуг, нежели доверительным отношениям с пациентами.

Патерналистская модель взаимодействия, формируемая медперсоналом, предполагает обращение к пациентам как к субъектам, нуждающимся в опеке и заботе. Отсюда, врачи, фельдшеры и медицинские сестры хотят видеть перед собой доброго и отзывчивого пациента, опрятно одетого, чистого и аккуратного. Врачи отмечают некоторые группы пациентов как наиболее «неприятные» с их точки зрения: *«придут выпившие, неаккуратные, всякие накрученные – с ними взаимопонимания не построишь»* (врач, стаж работы 43 года).

Особое внимание медперсонал обращает на готовность пациентов четко и внятно формулировать ответы на вопросы в ходе сбора анамнеза. *«...мне не нравится, когда пациенты жалуются на все свои жизненные проблемы»* (врач, стаж работы 43 года), отсутствие логичных и продуманных ответов становится фактором раздражения: *«... меня выводят из себя те пациенты, которые не могут ответить на мои вопросы о болезни...»* (врач, стаж работы 43 года). Это раздражение связано с трудностями постановки диагноза и назначения правильного и своевременного лечения. Идеал пациента у врачей связывается с человеком, обладающим знаниями и информацией о собственных потребностях, о возможностях своего организма. По мнению опрошенных, *«вытягивание информации из пациента»* доставляет не просто хлопоты, но и ведет к эмоциональному выгоранию.

Идеальный пациент в контрактной модели обладает противоположными характеристиками. Это связано с информационной асимметрией. Описывая этот феномен, С. А. Шишкин отмечает: «Вследствие информационной асимметрии потребитель вынужден полагаться на знания и опыт врача, к которому он обратился, в определении необходимого ему лечения. Во взаимодействии с потребителем медицинских услуг врач играет двойственную роль: с одной стороны – посредника или агента потребителя, призванного выражать его интересы, формулировать его спрос на конкретные виды медицинских услуг, с другой – производителя этих самых услуг»[1, с. 45]. Такой сюжет свидетельствует о возможности проявления оппортунистического поведения со стороны врача, которому становится экономически выгодным предложить пациенту большой набор медицинских услуг. Одной из характеристик идеального пациента, по мнению врача, является малая осведомленность в медицинских вопросах[2].

Медработники сельского муниципального округа оценили степень своей информированности о профессиональных и должностных обязанностях достаточно высоко, отметив, что они должны проводить лечение больных, выполнять профилактические мероприятия, в том числе и рамках программ всероссийской диспансеризации населения.

Каким образом происходит взаимодействие врача и пациента в системе сельского медицинского обслуживания? Время приема пациентов составляет 4 часа и 6 часов, если врач, медсестра или фельдшер – дежурит. В рабочее время врача (сверх 4 часов приема) также входит патронаж: обход больных по селу, дневные и ночные вызовы. Число пациентов в день в сельском лечебном учреждении составляет около 20 человек, что соответствует существующим стандартам. Медицинские работники отметили, что, как правило, отклонение в количестве посетивших больных невысокое и не превышает допустимых границ. *«По документам обязана принимать 20 пациентов. Где-то так обычно и есть. От 18 до 22, иногда 24 больных и принимаем. Стандарт такой, чтобы 20 пациентов принимать. Видимо правильно рассчитан»* (врач, стаж работы 43 года). Отсюда, напрашивается вывод о том, что процесс взаимодействия пациента и врача на приеме в среднем составляет 12 минут. В такой ситуации врачу желательно видеть перед собой пациента опрятного, четко формулирующего ответы на заданные вопросы и не требующего дополнительных разъяснений для выработки совместной стратегии лечения (коллегиальная модель). 12 минут, отводимые на прием одного пациента, реализуемы только в условиях патерналистской модели взаимодействия.

Какие операции осуществляет врач за 12 минут приема одного пациента? Опрошенные нами врачи представили схему проведения приёма пациентов: 1) сбор анамнеза – опрос пациента; 2) осмотр – прослушивание, прощупывание, пальпация; 3) направление на анализы в городскую (районную) больницу; 4) установление диагноза. Последняя стадия – важная часть приема, поскольку на ней определяется заболевание пациента.

Таким образом, результаты демонстрируют функциональную эффективность патерналистской модели взаимодействия, в которой отсутствует время на принятие совместного решения. 12 минут на прием одного пациента могут быть реализованы и в инженерной модели, однако специфика сельского образа жизни, реализация многообразия социальных ролей (врач, друг, сосед и пр.) не позволяют медицинскому персоналу активно ее транслировать в систему медицинского обслуживания. Социальная дистанция между пациентом и медработников уменьшается, принцип анонимности, доминирующий в городской системе медицинского обслуживания, на селе трансформируется. Здесь работает иной принцип - принцип открытости и доступности медработника. Об этом свидетельствуют и результаты опроса. По мнению врачей, *«важен сам контакт с пациентом, это одно из составляющих эффективного взаимопонимания между медработником и пациентом»* (врач, стаж работы 43 года).

Такой контакт, по мнению врачей, ведет к открытости со стороны пациента о различных сторонах его жизнедеятельности, от которых зависит его здоровье. Истина, к которой призывают врачи, необходима для установления точного и быстрого диагноза, и без взаимопонимания достичь ее практически невозможно. Врачи под контактом понимают часть взаимодействия с пациентом, которая заключается в устранении противоречий и нахождении консенсуса по вопросу лечения. Скорее всего, врачи выделяют процедуру установления контакта с пациентом как превентивное средство от потенциальных опасностей, когда из-за непонимания между пациентом и врачом возникают разногласия, которые могут привести к нежелательному исходу. Такие разногласия действительно выступают проблемной зоной, поскольку касаются смысловой ценности здоровья.

В ходе интервью медицинские работники указали на проблематику рисков. Медицинская помощь населению, по мнению опрошенных, предстает как зона риска. Всегда существуют риски заражения заболеваниями от пациентов самого медицинского персонала, и наоборот, медперсонал может стать источником пандемии. Отсюда актуализируется вопрос безопасности. Меры безопасности не только у врачей, но и у среднего и младшего медицинского персонала (фельдшеры и медсестры) вызвали целый ряд предложений: а) чистоплотность как пациента, так и медицинского работника; б) средства защиты тела (маски, перчатки); в) медицинские средства одноразового использования (шприцы, зеркальца, палочки). Безопасность остается для медработников приоритетным условием профессиональной деятельности.

Медперсонал утверждает, что их задача – защищать пациентов фактически от самих

себя. Здесь мы выходим скорее на философскую проблему защиты больного человека от собственных вредоносных действий. Социальная проблема лежит в области взаимодействия общностей, когда одна общность пытается контролировать действия другой (например, в XIX в. российские медработники подчинялись Министерству внутренних дел и формально считались полицейскими служащими). Контроль над общностью пациентов должен быть гуманным, едва заметным, ведь со времен тоталитарного советского режима граждане нашей страны могут негативно относиться к жестким действиям государственных учреждений.

По мнению персонала сельского медучреждения, типичный представитель сельской общности пациентов – пожилой человек, пенсионер, чаще женщина, имеющая большое число жалоб на здоровье и, как правило, легко возлагающая ответственность за лечение на медицинского работника. Медперсонал, таким образом, полагает, что пациенты также ориентированы на патерналистскую модель взаимодействия, однако опрос самих пациентов показывает иную картину: коллегиальная модель взаимодействия.

Одним из важных факторов успешности своей деятельности медперсонал считает условия труда. Все опрошенные не удовлетворены ими в полной мере. Причина заключается в недостаточном финансировании сельского здравоохранения, в усиленном надзоре за деятельностью сельских врачей, в увеличении числа бюрократических барьеров. Проверки приводят к тому, что некоторая часть сельских больничных учреждений не проходит аттестацию, и вследствие чего не получает финансовых субсидий на ремонт и т.п.: *«мы не прошли аттестацию – теперь вообще не выделяется средств даже на косметический ремонт. Здание находится в аварийном состоянии, и фактически никому не принадлежит, вот оно и не прошло аттестацию. Собственника нет!»* (врач, стаж работы 43 года).

Отношение медработников к реформе здравоохранения (модернизации и долгих попытках реструктуризации) остается негативным. Опрошенные недовольны свертыванием советской модели здравоохранения, основанной на принципах бесплатности и доступности медицинской помощи, а также сокращении численности медицинских учреждений в сельских поселениях. Счетная палата РФ по итогам аудита эффективности использования средств, направленных на реализацию планов модернизации на 2011-2013 гг., выявила целый ряд нарушений. За указанный период было освоено 694 миллиарда рублей из средств федерального бюджета и фонда ОМС. Модернизация не завершена в 22 субъектах РФ: не открыто 1,7 тысяч офисов врачей общей практики, 2 тысячи фельдшерско-акушерских пунктов и 1,5 тысячи фельдшерских пунктов [3]. «Недоделки» выразились в миллиардных суммах, что также не улучшает ситуацию в здравоохранении.

В этой связи приведем статистику развития земской медицины как формы общественной организации медицинского обслуживания сельского населения. Ее функционирование опиралось на участковый принцип, который и до настоящего времени является одним из ведущих при оказании медицинской помощи (табл. 1). Численность врачебных участков в 1910 г. по сравнению с 1870 г. возросла в пять раз, в пять раз возросло количество специалистов-врачей, работающих в системе земской медицины, а численность населения, приходящаяся на один участок, снизилась в 3,3 раза, средний же радиус участка уменьшился в 2,2 раза. За сорок лет земская медицина осуществила значительный рывок в своем развитии, повысив тем самым уровень доступности медицинской помощи населению.

Таблица 1

Динамика развития земской медицины [4, с. 39]

Врачебная сеть	1870	1910
Число врачебных участков	530	2686
Средний радиус в верстах	39	17
Население на один врачебный участок	95000	28000
Число врачей на службе в уездных земствах	610	3100

Сегодня мы наблюдаем обратную ситуацию, сокращение численности медицинских

учреждений ведет к тому, что доступность медицинского обслуживания также снижается. Результаты исследования показывают, что селяне мало информированы о законодательстве в сфере здравоохранения, и многие не знают, что участковые врачи-терапевты как и врачи общей практики (семейные врачи) выполняют общий (ограниченный) функционал медицинского работника, и не имеют права в соответствии с нормативной базой заниматься сложными заболеваниями, что выступает фактором неудовлетворенности медицинским обслуживанием. Также по законодательству России, врачи могут отказать в медицинской помощи человеку, если его болезнь не входит в их компетенцию или же не грозит жизни заболевшего человека, т.е. когда индивид может обойтись без медицинской помощи длительное время.

В последнее десятилетие идет увеличение врачебных участков, в них вливаются отдаленные деревни, в которых вообще отсутствуют медицинские работники. Врач-терапевт вынужден объезжать «свою территорию», осматривать пациентов, выдавать необходимые медицинские документы. По нашему мнению, данная мера является одной из самых регрессивных, применяемых в прошлом. Такое мнение было получено нами в ходе интервью с администрацией Центральной районной больницы. Следует заметить, что при передвижных медицинских центрах крайне трудно замерять качество медицинской помощи.

Коммерциализация медицинской помощи – еще один вопрос, который может стать барьером доступа к медицинским услугам селян. Коммерческая медицина порождает особый тип взаимодействия медицинских работников и пациентов – контрактный (или договорный). Базой такого взаимодействия является контракт, в котором прописаны права и обязательства сторон, а также оплата и ее порядок для получателя услуги. Пациенты могут быть уверены в качественной медицинской услуге, поскольку заключили контракт и в случае его нарушения они имеют право защиты от компетентных органов государственной власти.

Современная рыночная эпоха характеризуется свободой выбора индивида, в том числе и медицинского учреждения. Отсюда, возрастает конкуренция медицинских центров за такой важный рыночный ресурс как пациенты. Лечение болезней, восстановление после травм и профилактические медикаментозные работы приносят ощутимую прибыль.

Исходя из данных полужформализованного интервью с медицинскими работниками, мы зафиксировали противоречие между усилением «платности» государственной системы здравоохранения и несогласием врачей на контрактные отношения во взаимодействии с пациентами. Коммерческая медицина как отдельное институциональное образование в сельской местности не распространена, но она вмонтирована в структуру государственной системы. Мы выяснили, что сельчане фактически не знают ни о контрактной модели взаимодействия, ни о договоре между врачом (или медицинским учреждением) и пациентом. Они не готовы к резкому переходу от «бесплатной» (оплаченной из Фонда обязательного медицинского страхования или из бюджета муниципального образования) к платной медицине в системе государственного здравоохранения.

Еще один актуальный вопрос, который поднимают сельские жители, касается доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи. Сельские жители могут получить доступ к «высоким технологиям» только через своего участкового врача-терапевта. Зачастую проезд в специализированные клиники сельчанам затруднен ввиду отсутствия собственного транспорта, автомобильных дорог, транспортных узлов и сообщений около их населенных пунктов (автостанций, вокзалов). По исследованиям Независимого института социальной политики, сельчане чаще, чем горожане попадают через собственного участкового врача-терапевта на госпитализацию и к редким врачам-специалистам. Но как предполагают сами исследователи, они попадают в стационары в «запущенном» состоянии, когда врачи городских (районных, областных) специализированных клиник обязаны взять пациента, даже если мест в больничном учреждении не осталось.

Кроме того, медперсонал указал на тот факт, что реформа коснулась структуры здравоохранения, но вот человек (и пациент, и врач) остались за «бортом» реформирования системы. *«Пациентов и врачей забыли в этой хваленной реформе! Только стандарты, бумаги, методики всякие, а бумаг-то сколько – ужас! Только и пишем истории (карты болезни па-*

циентов), *только и пишем. Так сказать мальчика-то и забыли, взялись чинить структуру, а ведь надо начинать с людей, чтобы людям было комфортно, а не бюрократии*» (врач, стаж работы 43 года).

Критикуя современные реформы российского здравоохранения, медперсонал выделил ряд проблемных зон, характерных для села. Среди них:

- 1) тяжелые больные, экстренные случаи и отсутствие узких специалистов;
- 2) заполнение «важных бумаг», которые будет читать только проверяющая инстанция, для пациента эти «бумаги» не предназначены;
- 3) отсутствие полного стационара в сельском больничном учреждении (невозможность следить за исполнением пациентами всех нюансов лечебного курса);
- 4) выполнение плана по диспансеризации населения.

Решение основных проблем сельские медработники связывают с ренессансом (возрождением) прежней советской системы – с ее развернутой сетью медицинских учреждений, профилактической работой, большим числом койко-мест. Медработники откровенно мечтают о возвращении полного контроля над пациентами, когда можно отслеживать излечение больного. В целом, медработники убеждены в патернализме как доминантной модели взаимодействия, в рамках которой им принадлежит контролирующая функция. Пациент рассматривается в роли добровольного подчиненного работника, его работа – присутствие в сельской лечебнице. Но поскольку российское здравоохранение в сельских поселениях перешло со стационарного лечения на амбулаторное, то функции контроля над здоровьем пациентов уменьшились и усложнились.

Опрос пациентов Кривского врачебного учреждения Далматовского района Курганской области показал, что коллегиальная модель взаимодействия характерна для 70,5% пациентов, патерналистскую модель выбирают 23,5% опрошенных, инженерную модель используют 4,5% респондентов, контрактная модель типична для 1,5% селян. Однако опрос медицинского персонала демонстрирует патерналистские принципы взаимодействия. Медперсонал считает, что утешение больных и занятие позиции начальника над пациентами – главные условия эффективности врачебной деятельности. Причиной доминирования модели патернализма в системе взаимодействия медперсонала с пациентами является процесс старения медицинских кадров на селе. Все опрошенные имеют внушительный стаж работы, средний возраст респондентов составил 58 лет. По сути, сельские медицинские работники – это люди «советского прошлого», т.е. начало их трудовой деятельности приходится на тот период развития здравоохранения, когда патернализм признавался лучшим достижением эпохи. Сегодня они остались верны советской традиции: «врач знает лучше». Таким образом, патернализм как идеология взаимодействия воспроизводится сельскими врачами и в современных условиях. Пациенты-селяне выражают потребность в ее изменении, стремятся к коллегиальному взаимодействию, опирающемуся на субъект-субъектные принципы отношений.

Кроме того, наши исследования медицинского персонала, работающего в крупном городе свидетельствуют, что профессия врача, медицинского работника вызывает уважение, она обладает высокой степенью полезности для общества, что позволяет заключить о высоком уровне престижа профессиональной деятельности в обществе. Полезность и престижность профессии, ее значимость для общества также могут оказать существенное влияние на формирование патерналистской модели взаимодействия. Медицинский работник становится «над пациентом», ибо обладает уникальными знаниями, его труд престижный и уважаемый, а значит и пациент должен и обязан слушаться врача, фельдшера, медсестру. Модернизация современной российской системы здравоохранения предъявляет новые требования к характеру взаимодействия пациентов и врачей, и существующие модели будут трансформироваться и изменяться. Уже сегодня высокодоходные группы населения крупных городов выбирают контрактную модель, обращаясь к платной медицине. Неформальная оплата медицинских услуг может стать основой для формирования смешанных моделей. Несмотря на воспроизводство традиционных норм и ценностей сельчанами, село также меняется, и необходимы

дальнейшие исследования взаимодействия врача и пациента как показателя трансформационных процессов.

В ходе нашего исследования мы вышли на ряд практических рекомендаций. Сельские пациенты не должны в ближайшее время подвергаться резкому переходу системы здравоохранения на рыночные «рельсы», поскольку они не представляют, чтобы платная медицина господствовала в государственном здравоохранении, и соответственно была распространена контрактная модель взаимодействия. Советская традиция четко вошла в повседневные практики сельчан, так что выдвигаемая некоторыми либеральными политиками идея платного медицинского обслуживания вызывает негодование и страхи. Отсюда, важным видится сначала изменение ценности здоровья в представлениях сельских жителей, формирование высокого уровня ответственности за него.

Для медперсонала сельских поселений важно разработать механизмы включения системы медицинского обслуживания в рыночные отношения, которые позволили бы постепенно и мягко включить этого субъекта в процесс. С позиции сельских врачей (это в основном люди среднего и пожилого возраста, имеющие большой стаж работы) рыночный процесс вызывает душевное угнетение, ощущение национального позора, поскольку в Канаде, Великобритании, Франции в свое время многое позаимствовали из советского здравоохранения. В среде опрошенных сельских медработников можно выделить желание (мечту) вернуть систему советского здравоохранения, подвергнушуюся трансформации в 1990-х гг. Необходимо учитывать и объемы нагрузки сельских врачей, которые превосходят нагрузки городских врачей в несколько раз за счет неформального предоставления медицинской помощи. Сельский врач должен и может меньше работать на одном месте (вести обслуживание пациентов), но компенсирует минимальный объем «кабинетных работ» большим числом вызовов и обходов больных по сельским поселениям. Речь идет об изменении существующих стандартов на федеральном уровне и выделении в них специфики деятельности врача сельского поселения. Врач – центральная фигура в системе оказания сельской медицинской помощи, именно от эффективности взаимодействия с ним в большей степени зависит реализация пациентом установки на выздоровление. Соответственно, создание условий для привлечения молодых врачей в сельские поселения становится одной из стратегических задач развития сельского здравоохранения.

Список литературы:

1. Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 367 с.
2. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
3. Литвиненко Т. «В реализации программа модернизации выявлены нарушения». Секция «Общество». Сайт: РИА Новости. 30.04.2014 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://ria.ru/society/20140430/1006023862.html> [Дата обращения: 30.04.2014]
4. Страшун И. Д. Полвека земской медицине (1864-1914) // Очерки истории русской общественной медицины. М.: Медицина, 1965. С.30-68.

УДК 316.334.22

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ РАБОТОДАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ В КАЧЕСТВЕННОМ ТЕХНИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Артем Ольга Ярославовна
Студент,

Уральский федеральный университет, Екатеринбург
E-mail: Arteolya@yandex.ru

CORRELATION OF THE NEEDS OF EMPLOYERS AND STUDENTS IN QUALITATIVE TECHNICAL EDUCATION